Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Marburg a. L.
(Direktor: Professor Dr. Läwen.)

Über subphrenische Abscesse an Hand von fünf Fällen aus der chirurgischen Klinik der Universität Marburg a. L.

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
der
Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von
Heinrich Potthoff
aus Bielefeld

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg am 3. 3. 22
Referent: Professor Dr. Läwen

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Marburg (Lahn) 1922

Druck von C. Köhler

Die Ausführung der Arbeit beginnt mit einer Charakteriſierung der kliniſchen Bedeutung ſubphreniſcher Abſceſſe. Die Aufmerkſamkeit der Ärzte auf das vielfach verkannte Bild der Erkrankung wurde erſt allmählich wie aus dem Überblick zu ſehen iſt, hingelenkt.

Weiterhin werden die anatomiſchen Verhältniſſe des ſubphreniſchen Raumes erläutert, desgleichen die topographiſche Lage der Abſceſſe unter Berückſichtigung verſchiedener Einteilungen.

Dann wird die Ätiologie der ſubphreniſchen Abſceſſe angeführt und die Entſtehung der retro- und intraperitoneal zur Entwicklung gekommenen Abſceſſe und die Progredienz der eitrigen Entzündungen auf den verſchiedenen Wegen behandelt. Ätiologiſch ſind nach N e u g e b a u e r die Hälfte auf Erkrankungen des Prozeſſus vermicularis zurückzuführen, weiterhin kommen der Häufigkeit nach perforierte Magen-Durdenalgeſchwüre, Lebererkrankungen in Frage. Weniger oft handelt es ſich um Affektionen des Öſophapus, Aktinomykoſe, perinephritiſche Abſceſſe, Furunkuloſe und Traumen. Man unterſcheidet der Lage ihres primären Entſtehungsherdes nach ſolche thoracalen und abdominellen Urſprunges. Erkrankungen der Lungen, Pleura, Schußverletzungen, infizierte Hämatome, Eiterungen der weiblichen Geſchlechtsorgane und Typhus ſind nur ganz ſelten Ausgangspunkte; desgleichen kommt das Pancreas nur wenig als Primärherd in Frage. Im rechten Subphrenium ſind die Abſceſſe meiſt ätiologiſch auf Erkrankungen des Wurmfortſatzes, der Gallenblaſe und der rechten Niere zurückzuführen. Die der linken Seite gehen meiſtens vom Magen, Duodenum, Milz, linker Niere und vom linken Leberlappen aus. Bei den Fällen der chirurgiſchen Klinik Marburg kommt im Falle B o . ätiologiſch ein Furunkel im Nacken in Frage. Im Falle K a i . kann die Infektion des Subphreniums von einer Pleuraaffektion ihren Ausgang genommen haben. Die Fälle W e b . , W e i . , B a n . ſind auf eine Appendicitis zurückzuführen.

Als Infektionserreger kommen vor allem Vertreter der Darmflora, Bact. coli in Frage, weiterhin Streptococcen, Staphylococcen, Pneumococcen, Typhusbazillen, Tubercelbazillen, Amöba coli und nach der Diſſertation A p e l t (Hamburg 1913) ſogar Recurrenzſpirillen. Im Falle B o . waren die Erreger Staphylococcen, im Falle W e . wurden zerfallene Bakterien angetroffen, im Falle W e i . Streptococcen in Reinkultur.

Die Eiterungen der Abſceßhöhlen überſteigen im Falle W e . die bisher in der Literatur veröffentlichte Menge von 600 ccm. Es wurden hier 900 ccm entleert,

Die Symptome der Erkrankung ſind ſehr verſchiedenartig. Bei Abſceſſen der Leber, Lungen kommt es leicht zu Fehldiagnoſen, desgleichen bei ſekundären, ſe.öſen Ergüſſen der Bauch- und Bruſt-

höhle ſowie bei Meteorismus. Meiſt beſteht ein beſtimmter Druck=ſchmerz, vielfach eine Spannung in der oberen Bauchgegend, oft ohne Schüttelfroſt und Fieber. Die chroniſchen Abſceſſe entſtehen meiſtens ohne Fingerzeig auf ihr Vorhandenſein. Bei der Inſpektion beobachtet man oft Nachſchleppen der kranken Seite, perkutoriſch vielfach eine Dämpfung. Meiſt ſteht die Lunge auf der Seite der Erkrankung höher. Das Herz kann nach rechts und oben verdrängt ſein, weiter kann die Leberdämpfung nach unten verſchoben ſein. Bei Vorhandenſein von Gasbakterien tritt an der Grenze der oberen Leberdämpfung Tympanie auf. Auch Vermehrung der Leukozyten=zahl iſt in manchen Fällen diagnoſtiſch wertvoll. Am wichtigſten für die Diagnoſeſtellung ſind der Röntgenbefund und die Probepunktion.

Röntgenologiſch findet man oft Zwerchfellhochſtand mit Convexität nach oben oder auch Stillſtand auf der befallenen Seite, ferner zeigen ſich mangelhafte Exkurſionen, ſie ſind jedoch nicht be=weiſend, denn Adhaeſionen des Pericards, der Pleuren und Lungen können ebenfalls die Beweglichkeit beeinfluſſen. Bei gashaltigen Ab=ſceſſen beſteht eine helle Zone zwiſchen Zwerchfell und Abſceß=ſchatten.

Die Punktion klärt über Sitz und Art des Flüſſigkeitserguſſes des ſubphreniſchen Abſceſſes auf. Ort des Einſtiches iſt am beſten die Stelle der ſtärkſten Dämpfung und Druckempfindlichkeit. Bei negativem Ausfall iſt die Punktion zu wiederholen.

Sehr ſchwierig zu diagnoſtizieren ſind ſolche ſubphreniſchen Abſceſſe, die hinter dem Magen liegen. Sie ſind bisher bei Leben=den noch nicht feſtgeſtellt. Fall B o. zeigte ſymptomatiſch Druck=empfindlichkeit in der linken Lendengegend, ferner Anſchwellung und Rötung der Haut in dieſem Gebiete.

Im Falle K a i. beſtand auch Schmerzempfindlichkeit der linken Lendengegend und Temperaturerhöhung. Eine Probepunk=tion in 6 cm Tiefe ergab Eiter. Verdrängungserſcheinungen be=ſtanden nicht. Im Falle W e i. zeigte ſich Temperaturerhöhung, Bauchdeckenſpannung, Verdrängung der Leber um 2 Querfinger nach unten und ſtarke Druckempfindlichkeit zwiſchen Bruſtkorb und Beckenkamm. Urin: —.

Fall W e b. bot an Symptomen Fieber, Verſchlechterung des Allgemeinbefindens, Erbrechen, Schmerz der rechten Bauch=gegend und erhöhte Pulsfrequenz. Das Alter der erkrankten Pa=tienten liegt im 3. und 4. Jahrzehnt.

Prognoſtiſch ſind die ſubphreniſchen Abſceſſe ſchwierig zu beurteilen. Dabei ſind die Allgemeinerſcheinungen von Wichtigkeit, günſtig iſt immer die operative Eröffnung des Abſceſſes. Perfora=tionen treten öfter auf. Sitz meiſt in der Kuppe. Ein Durchbruch in die freie Bauchhöhle iſt ſelten, ebenſo Spontanentleerung nach außen. Die meiſten Perforationen gehen durch das Zwerchfell und zwar etwa ein Drittel der nicht rechtzeitig operierten Fälle. ⟨L e d d e r h o ſ e⟩.

Im Falle W e. kam es zu einer Perforation, dabei trat

ein Erguß in eine zweite bei der Operation vorgefundene Abſceßhöhle auf, von der ſeitlichen unteren Leberfläche zur Appendixgegend reichend. Im Falle K a i . ließ ſich eine Perforation infolge entzündlicher Zerſetzungen des Zwerchfelles nicht ſicher nachweiſen.

Eine ungünſtige Beeinfluſſung der Prognoſe ergibt ſich durch Auftreten von Komplikationen und Nachinfektionen als da ſind Pleuritis exſudativa, Empyen, Lungenabſceſſe und Gangrän. Oft iſt es ſchwer feſtſtellbar ob die Komplikation ſekundär, ob ſie gleichzeitig mit dem ſubphreniſchen Abſceß aufgetreten iſt oder ob ſie die primäre Urſache für den Abſceß gebildet hat. Im Falle W e . lag eine Komplikation vor in Form des bei der Sektion vorgefundenen Pleuraempyems, ſchließlich kam es zu einer Allgemeininfektion. Im Falle K a i . trat 3 Wochen nach der Operation ein blutig-ſeröſes Exſudat zu Tage; allmählich entwickelte ſich daraufhin ein Empyem. Im Falle W e i . kam es zu einer haemorrhagiſch ſekundären exudativem Pleuritis, der weitere Nachinfektionen folgten. Fall B o . hatte auch als Komplikation ein Pleuroempyem aufzuweiſen.

Die Mortalität richtet ſich nach der Zeit, in der die Diagnoſe geſtellt wird. Bei Frühdiagnoſen iſt ſie geringer. Sie hängt ab von der Schwere der Erkrankungen der Primärherde und auch von dem Hinzutreten von Komplikationen.

Für die Therapie wichtig iſt die Bekämpfung der primären Ausgangsſtellen und die Frühdiagnoſe. Spontanheilung iſt ſelten. Die ſubphreniſchen Abſceſſe kann man auf thorakalem oder abdominellem Wege angehen. Jeder Weg hat Vor- und Nachteile. Perpleural beſteht leicht die Gefahr der Pleurainfektion und des Pneumothorax. K ü t t n e r hält ſie jedoch nicht für ſo groß. Günſtig iſt dieſer Weg wegen der guten Abſchlußmöglichkeiten. Ob in Seiten- oder Rückenlage operiert wird, hängt von der Lage des Abſceſſes ab. Häufige Anwendung findet das Verfahren von T r e n d e l e n b u r g und R o u x , wo nach Beſeitigung der Weichteile eine Vernähung der Pleura coſtalis und Pleura diaphragmatica mittels Hinterſtichſteppnaht vorgenommen wird. Hieran ſchließt man eine Punktion an, dann findet Durchtrennung der einzelnen Schichten und Eröffnung des Abſceſſes ſtatt.

C l a i r m o n t und R a n z i (Wien) entleerten unter Vermeidung des perpleuralen Weges öfter von vorn durch einen Schnitt entlang dem Rippenbogen und auch von rückwärts oder auch ſeitlich durch einen Lumbalſchnitt. Die Gefahr der Pleurainfektion wird hierbei verhindert. Für Eröffnung von unten her ſind beſonders geeignet die vom Wurmfortſatz, Milz und Nieren ausgehenden und die hinten am ſtumpfen Leberrand gelegenen Abſceſſe (K ö r t e). Der Nachteil beſteht nach K ü t t n e r in den ſchlechten Abſchlußbedingungen. Im Falle W e i . wurde zuerſt ſubkoſtal vorgegangen und dann auch noch der transpleurale Weg eingeſchlagen. Im Falle K a i . kam man auch perpleural zum Ziele. Im Falle B o . wurde eine Lumbalinziſion vorgenommen am linken Rippenbogen zwiſchen Axillar- und Skapularlinie, die zum Ziele führte.